

Stoornis van Asperger of persoonlijkheidsstoornis uit het A-cluster: differentiële diagnostiek bij een volwassen patiënt

M.B. DE KONING, A.J. FOUWELS

SAMENVATTING Een 42-jarige man werd gedwongen opgenomen in verband met zelfverwaarlozing, sociaal isolement en zich herhalende handelingen. De diagnose late-onset schizofrenie werd gesteld. Daarnaast bestond het vermoeden van een comorbide, preëxistente stoornis: een cluster-A-persoonlijkheidsstoornis of de stoornis van Asperger. Aan de hand van literatuuronderzoek wordt geconcludeerd dat bij volwassenen de overlap tussen de stoornis van Asperger en de schizoïde persoonlijkheidsstoornis dermate groot is, dat er wellicht slechts sprake is van een dimensionaal onderscheid.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)10, 707-711]

TREFWOORDEN Asperger, schizoïde persoonlijkheidsstoornis, schizotypische persoonlijkheidsstoornis

Als bij een patiënt wél sprake is van zelfverwaarlozing, sociaal isolement, abrupte bewegingen en zich herhalende handelingen, maar de patiënt geen psychotische symptomen meldt of laat zien, kunnen verschillende diagnoses vermoed worden. Een eerste vraag is of de patiënt onderliggend toch een psychose heeft. Als dit niet het geval is, kan onder meer gedacht worden aan een pervasieve ontwikkelingsstoornis; een obsessieve compulsieve stoornis; en aan een cluster-A-persoonlijkheidsstoornis, zoals geformuleerd in de DSM-IV. Het onderscheid tussen deze drie diagnostische categorieën kan echter complex zijn. De volgende gevalsoverzicht illustreert het diagnostische proces bij deze differentiële diagnose. Daarna wordt aan de hand van literatuur ingegaan op het onderscheid en de overlap tussen de genoemde diagnostische categorieën.

GEVALSBESCHRIJVING

Volgens een 10 jaar oudere broer is patiënt, dan 42, altijd een stil en teruggetrokken kind geweest met nauwelijks sociale contacten buiten zijn 10 broers en zussen. Hij kon op school goed meekomen en voetbalde graag. De broer kan zich geen monomane interesse herinneren. Er zijn geen vriendschappen of partnerrelaties geweest. Patiënt studeerde en werkte solistisch, maar in zijn laatste betrekking moest hij veel overleggen. Hij ervoer dit als belastend en onaangenaam en is met een arbeidsconflict vertrokken. Tijdens een groepsreis naar Cyprus was patiënt op advies van de reisleiding eerder teruggekeerd, omdat hij verward zou zijn. Terug in Nederland had hij zich echter niet onder behandeling gesteld.

Hij leefde toenemend teruggetrokken, wei-

gerde uiteindelijk het laatste jaar elk contact met familie of anderen en deed voor niemand de deur open. Hij had enkele maanden voor opname zijn huisraad op straat gezet met uitzondering van zijn bed. Via de gordijnloze ramen was duidelijk te zien dat hij naast het bed lege chipszakken opstapelde. Als voetganger veroorzaakte hij gevaarlijke verkeerssituaties: hij stak over zonder uit te kijken en stond daarbij plotseling stil of liep achteruit.

Na het verkrijgen van een RM (rechterlijke machtiging) volgt opname, waarbij patiënt onstemd is over wat hij noemt 'onrechtmatige vrijheidsberoving'. Hij spreekt vlot in formele bevoordingen, reageert pas na seconden van zwijgen en geeft geen antwoord op gestelde vragen. Hij reageert wél op de woordkeuze van de onderzoeker als hij deze niet correct acht, of op feiten die niet juist zouden zijn weergegeven. Vragen over gevoelens beantwoordt hij met een gedetailleerd betoog over onjuistheden, zonder emotie te tonen of te benoemen. Hij maakt abrupte bewegingen met het hoofd naar boven, beneden en opzij en maakt geen oogcontact. Ook brengt hij vaak de armen even samen op de rug en maakt repetitieve gebaren met zijn handen. Hij kan niet uitleggen waarom hij dat zo doet. Hij lijkt gespannen, is formeel in het contact, helder en coherent in zijn denken en spreekt geen waandenkbeelden uit. Hij ontkent in eloquente bevoordingen problemen of disfunctioneren.

Op de afdeling is patiënt rustig aanwezig en houdt hij zich meestal afzijdig. Hij geeft wel blijk van een goede algemene ontwikkeling. Het valt op dat hij nimmer spreekt over een emotie en vragen hierover beantwoordt met redeneringen. Hij toont veel zich herhalende handelingen. Al het eten en drinken haalt hij eerst achter zijn rug langs voordat hij ze nuttigt. Bij het lopen maakt hij steeds eerst veel passen heen en terug, staat dan stil en stapt vervolgens met soepele tred door. Hij ontkent herhaaldelijk dat hij hinder heeft van dit gedrag of dat hij zich ertoe gedwongen voelt. In het contact is hij afwerend en afstandelijk; hij gaat vooral in op het al dan niet nakomen van procedures. Er is weinig contactgroei en ook oogcontact

blijft uit.

De familie kent de genoemde abrupte bewegingen en zich herhalende handelingen nog niet van hem; tot een jaar voor opname hadden zij regelmatig contact. Een verslechtering van het premorbide functioneren en bizar gedrag kunnen wijzen op een psychotische stoornis, daarom volgt behandeling met depotmedicatie: haloperidoldecanoaat, 50 mg per 2 weken. De abrupte bewegingen, de zich herhalende handelingen en het eigenaardige lopen verdwijnen daarop. Patiënt vertelt dan dat hij leefde in een 'eigen orde' waarin hij precies wist wanneer hij wat moest doen. De bewegingen en handelingen zouden daarbij horen. De betekenis van die handelingen kan of wil hij niet toelichten. Hij vertelt zich met het verdwijnen van 'zijn eigen orde' onzekerder te voelen. In het contact blijkt dat hij meer openstaat voor problemen rondom wonen, dagbesteding en dergelijke. Hij gaat vrijwilligerswerk doen en er groeit steeds meer contact met zijn familie. Overplaatsingen binnen de kliniek en voorgenomen ontslag vertraagt hij door langdurige argumentaties en door starheid in het (laten) opknappen en inrichten van zijn huis.

BESPREKING

Door het schijnbaar ontbreken van wanen en hallucinaties heeft het lang geduurd voor de psychotische stoornis bij deze patiënt werd herkend. Differentiaaldiagnostisch werd gedacht aan een pervasieve ontwikkelingsstoornis, een obsessieve compulsieve stoornis of een cluster-A-persoonlijkheidsstoornis volgens de DSM-IV. Uiteindelijk werd de diagnose 'late-onset schizofrenie' gesteld. Na instellen op antipsychotica verdwenen de abrupte bewegingen en de zich herhalende handelingen.

Voor deze bewegingen en handelingen zijn verschillende diagnostische verklaringen mogelijk. In de eerste plaats kunnen ze zijn voortgekomen uit de psychose. Hiervoor pleit dat patiënt achteraf zelf vertelde over zijn waan van een 'eigen orde', waar de bewegingen en handelingen bij

hoorden. Daarnaast kan er sprake zijn geweest van motorische tics, motorische stereotypieën, of dwanghandelingen in het kader van een obsessieve compulsieve stoornis. Alle drie deze fenomenen komen voor bij patiënten met een pervasieve ontwikkelingsstoornis, en ze kunnen ook in combinatie voorkomen. Bovendien kunnen ze alle drie verdwijnen door behandeling met antipsychotica. Tics en motorische stereotypieën blijken echter vaak al op kinderleeftijd te ontstaan. Het feit dat de familie van patiënt de genoemde bewegingen en handelingen tot een jaar voor opname nooit bij hem had waargenomen, maakt deze verklaringen minder waarschijnlijk. Bij dwanghandelingen in het kader van een obsessieve compulsieve stoornis is vaak lijdensdruk aanwezig – deze werd bij patiënt niet waargenomen. Concluderend is de meest waarschijnlijke verklaring dat de abrupte bewegingen en zich herhalende handelingen voortkwamen uit het waanidee van patiënt, ook omdat ze zijn ontstaan in dezelfde periode als de zelfverwaarlozing en het terugtrekgedrag. De drie alternatieve verklaringen kunnen echter niet met zekerheid worden uitgesloten.

Toen de abrupte bewegingen en zich herhalende handelingen waren verdwenen, bleef de vreemde wijze van contact bestaan. In de biografische heteroanamnese waren lang vóór het ontstaan van deze psychose aanwijzingen voor sociale beperkingen en een preoccupatie met orde en regelmaat. Dit riep de vraag op of de ‘late-onset schizofrenie’ was gesuperponeerd op een preëxistente stoornis. Gedacht werd aan een pervasieve ontwikkelingsstoornis, in het bijzonder de stoornis van Asperger, of een schizoïde of schizotypische persoonlijkheidsstoornis. In de literatuur is gezocht naar het onderscheid en de eventuele overlap tussen deze twee diagnostische categorieën; via PubMed (1966 tot oktober 2003) met als trefwoorden: (1) ‘pervasive developmental disorder’ en ‘schizoid or schizotypal’ en (2) ‘Asperger’ en ‘differential diagnosis’, en via literatuurreferenties.

De diagnostische criteria voor de stoornis van Asperger zijn de afgelopen decennia meermalen veranderd, en daarmee ook de prevalentiecijfers.

Voor een overzicht wordt verwezen naar Van der Gaag (2003). Hierdoor wisselde ook de visie op de relatie tussen de stoornis van Asperger en stoornissen als autisme, persoonlijkheidsstoornissen en schizofrenie (Klin & Volkmar 1997).

Asperger en de schizoïde en schizotypische persoonlijkheidsstoornis Ook de diagnostische criteria voor de persoonlijkheidsstoornissen van het A-cluster zijn aan verandering onderhevig geweest. In de DSM-III werd voor het eerst onderscheid gemaakt tussen de schizoïde en de schizotypische persoonlijkheidsstoornis; daarvóór werd alleen de term ‘schizoïde’ gebruikt (o.a. Wolff 1991). Verder werden zowel de schizoïde als de schizotypische persoonlijkheidsstoornis jarenlang ook bij kinderen gediagnosticeerd (o.a. Wolff & McGuire 1995), terwijl de diagnose ‘persoonlijkheidsstoornis’ volgens de DSM-IV pas vanaf het 18de jaar gesteld mag worden. Tot in de jaren tachtig van de vorige eeuw bestond er volgens veel auteurs een grote overlap tussen de diagnose ‘stoornis van Asperger’ en de schizoïde of schizotypische persoonlijkheidsstoornis bij kinderen.

Wolff beschrijft de follow-up van 65 kinderen die in de jaren 60 op de basisschoolleeftijd werden gediagnosticeerd met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis (Wolff & McGuire 1995; Wolff e.a. 1991). De auteurs menen dat een groot deel van deze kinderen waarschijnlijk achteraf voldoet aan de DSM-III-classificatie ‘schizotypische persoonlijkheidsstoornis’, en dat zij als volwassene hieraan nog steeds voldoen. Bovendien vinden de auteurs dat deze kinderen grotendeels ook voldeden aan de diagnose ‘stoornis van Asperger’.

Ook Nagy & Szatmari (1986) zien een grote overlap tussen de diagnose ‘stoornis van Asperger’ en de diagnose ‘schizotypische persoonlijkheidsstoornis’ in hun beschrijving van twintig kinderen met deze diagnose(s).

In zijn groep van 60 excentrieke, sociaal geïsoleerde volwassen patiënten beschouwt Tantam (1991, 1988) de stoornis van Asperger en de schizoïde persoonlijkheidsstoornis wél als twee aparte diagnoses (let wel: de criteria van de ICD-9 werden

gebruikt, waarin onder 'schizoïde' nog zowel de huidige schizoïde als de schizotypische persoonlijkheidsstoornis valt). Zijn hypothese wordt onderbouwd door een onderzoek naar de correlatie tussen verschillende symptoomclusters bij deze patiënten. Hierbij bleek dat de autistiforme symptomen (o.m. abnormale non-verbale communicatie en bijzondere interesses) correleerden met vroege ontwikkelingsstoornissen, terwijl dit niet het geval was voor de schizoïde en/of schizotypische symptomen (o.m. introversie).

In het overzichtsartikel van Klin & Volkmar (1997) wordt naar deze artikelen van Tantam verwezen. Klin & Volkmar zien hierin voldoende aanwijzingen om de stoornis van Asperger te beschouwen als een ander diagnostisch concept dan de cluster-A-persoonlijkheidsstoornissen, omdat de stoornis van Asperger een ontwikkelingsstoornis is die al op jonge leeftijd de gehele ontwikkeling beïnvloedt. Hieruit volgt het belang van een nauwkeurige ontwikkelingsanamnese met bij voorkeur een ouder, waarbij onder meer wordt gevraagd naar de wijze van contact als baby, de taal- en communicatieontwikkeling, de sociale interactie, en naar eventuele beperkte interesses en rigiditeit. Bij kinderen met de stoornis van Asperger zouden stoornissen in de ontwikkeling ernstiger zijn en op jongere leeftijd voorkomen, dan bij kinderen bij wie op latere leeftijd een schizoïde persoonlijkheidsstoornis volgens DSM-IV-criteria wordt gediagnosticeerd.

Ook Jones (2000) benadrukt dit ontwikkelingsaspect. Volgens Jones is het onderscheid waarschijnlijk dimensionaal: de stoornis van Asperger als ernstiger variant van de schizoïde persoonlijkheidsstoornis, waarbij op jonge leeftijd al sprake is van een afwijkende ontwikkeling.

CONCLUSIE

Een patiënt met zelfverwaarlozing, sociaal isolement, abrupte bewegingen en zich herhalende handelingen, bleek later onderliggend een psychose te hebben. Oplettendheid is dus geboden bij dergelijke bewegingen en handelingen: er kan

een moeilijk zichtbare psychose onder schuil gaan. Daarnaast was er bij deze patiënt het vermoeden van een comorbide, preëxistente stoornis: een cluster-A-persoonlijkheidsstoornis of de stoornis van Asperger.

Na literatuuronderzoek kan worden geconcludeerd dat bij deze patiënt door het ontbreken van een voldoende nauwkeurige ontwikkelingsanamnese de diagnose 'stoornis van Asperger' niet met zekerheid te stellen is. Bovendien is de overlap bij volwassenen met Asperger en bij volwassenen met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis dermate groot, dat er wellicht slechts sprake is van een dimensionaal onderscheid. Misschien betreft het dezelfde stoornis waarnaar vanuit twee verschillende richtingen wordt gekeken: vanuit de volwassenenpsychiatrie en vanuit de kinderpsychiatrie, waarbij het ontwikkelingsperspectief in de volwassenenpsychiatrie (te?) weinig in ogenschouw wordt genomen. Meer samenwerking tussen volwassenen- en kinderpsychiatrie op dit punt lijkt zeer zinvol, ook omdat vanuit de kinderpsychiatrie waarschijnlijk goede adviezen gegeven kunnen worden over de bejegening van patiënten met een schizoïde persoonlijkheidsstoornis.

De auteurs danken N. Duits, psychiater bij de Forensisch Psychiatrische Dienst in Amsterdam, voor zijn commentaar en suggesties.

LITERATUUR

- Gaag, R.J. van der. (2003). Autismspectrumstoornissen: oorzakelijke factoren. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 45, 549-558.
- Jones, G.S. (2000). Autistic spectrum disorder: diagnostic difficulties. *Prostaglandins, leukotrienes and essential fatty acids*, 63, 33-36.
- Klin, A., & Volkmar, F.R. (1997). Asperger's syndrome. In D.J. Cohen & F.R. Volkmar (Red.), *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* (2de druk) (pp. 94-122). New York: Wiley.
- Nagy, J., & Szatmari, P. (1986). A chart review of schizotypal personality disorders in children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 16, 351-367.
- Tantam, D. (1991). Asperger syndrome in adulthood. In U. Frith (Red.), *Autism and Asperger Syndrome* (pp. 147-183). Cambridge: Cambridge University Press.

- Tantam, D. (1988). Lifelong eccentricity and social isolation II: Asperger's syndrome or schizoid personality disorder? *British Journal of Psychiatry*, 153, 783-791.
- Wolff, S. (1991). Schizoid personality in childhood and adult life I: the vagaries of diagnostic labelling. *British Journal of Psychiatry*, 159, 615-620.
- Wolff, S., & McGuire, R.J. (1995). Schizoid personality in girls: a follow-up study – what are the links with Asperger's syndrome? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 793-817.
- Wolff, S., Townsend, R., McGuire, R.J., e.a. (1991). Schizoid personality in childhood and adult life II: adult adjustment and the continuity with schizotypal personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 159, 620-629.

AUTEURS

M.B. DE KONING is arts in opleiding tot specialist en is verbonden aan het AMC/De Meren, Amsterdam.

A.J. FOUWELS is psychiater en verbonden aan het AMC/De Meren, Amsterdam.

Correspondentieadres: drs. A.J. Fouwels, psychiater, AMC/De Meren, SPDC Zuidoost, kamer P1-107, Tafelbergweg 25, 1105 BC Amsterdam.

E-mail: a.j.fouwels@amc.uva.nl.

Geen strijdige belangen meegegeed.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-2-2005.

SUMMARY

Asperger syndrome or a personality disorder in the A-cluster: differential diagnosis in an adult patient. A case study – M.B. de Koning, A.J. Fouwels –
A 42-year-old man was hospitalised against his will because he had proved unable to look after himself properly, was socially isolated and displayed repetitive behaviour patterns. He was diagnosed as having late-onset schizophrenia. In addition, a comorbid pre-existing disorder was suspected, namely a personality disorder in the A-cluster or Asperger syndrome. As a result of a literature search it was concluded that the overlap between Asperger syndrome and in particular a schizoid personality disorder is so large that the difference between the disorders may perhaps be only a dimensional one.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 47(2005)10, 707-711]

KEY WORDS Asperger syndrome, schizoid personality disorder, schizotypal personality disorder